

Handsprechstunde

In der Sektion für Handchirurgie der Klinik und Poliklinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie des Universitätsklinikums Gießen werden pro Jahr eine große Anzahl an Ulnarisrinnen-Operationen durchgeführt. In der Handsprechstunde besprechen wir mit den Patienten die vorhandenen Befunde und ob die Indikation für einen operativen Eingriff bereits besteht oder noch weitere Untersuchungen zur Diagnosefindung erforderlich sind. Ebenso wird mit dem Patient besprochen, ob Ergo-, Hand- oder Physiotherapie helfen kann, die Beschwerden zu lindern.

Gerne können Sie sich an mich wenden, wenn Sie Fragen zu dieser oder einer anderen Problematik an Ihrer Hand haben.

Kontakt Handsprechstunde

Sprechstunde: Mittwochs 8-16 Uhr

Terminvereinbarung unter 0641/985-57660 oder 57679

Klinik und Poliklinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH
Rudolf-Buchheim-Straße 7, D-35385 Gießen
Zentrale: +49-(0)-641-985-57660

Leitender Arzt Sektion Handchirurgie:

Prof. Dr. med. Gabor Szalay
Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie, Handchirurgie



Sekretariat Handchirurgie:

Tel.: 0641/985-44603 (Frau Gorchs)
E-Mail: Handchirurgie@uniklinikum-giessen.de

www.ukgm.de/ugi_uch

Ulnarisrinnen-Syndrom Symptome, Diagnostik und Therapie

Das Ulnarisrinnen-Syndrom, auch als Sulcus-ulnaris-Syndrom oder Kubitaltunnel-Syndrom bekannt, ist eine häufige Ursache, weshalb Patienten einen Arzt aufsuchen. Ursache ist eine Kompression des Ellenbogens (Nervus ulnaris) auf Höhe des Ellenbogengelenkes.

Symptome

Patienten, die unter einem Ulnarisrinnen-Syndrom leiden, beklagen ein Taubheitsgefühl im Bereich des Klein- und des Ringfingers der Hand (Abbildung 1). Während in Frühstadien dieses Taubheitsgefühl nur zeitweise, bevorzugt nachts oder nach Belastungen auftritt, ist es im späteren Stadium dauerhaft vorhanden oder tritt auch ohne erkennbaren Anlass auf. Während bei vielen Patienten die Missempfindung das einzige Symptom ist, beklagen einige Patienten zusätzlich Schmerzen, die bis in die Hand und die Schulter ziehen sowie eine Kraftlosigkeit der Finger. Beispielsweise das Schreiben oder das Umdrehen eines Schlüssels im Schloss fällt den Patienten zunehmend schwerer. In fortgeschrittenen Stadien kommt es zu einem Muskelschwund (Muskelatrophie) der Hand (Abbildung 2) sowie einer Krallenstellung der Finger.



Abb. 1



Abb. 2

Abbildung 1: Die Abbildung zeigt, welche Bereiche vom Ellenbogensyndrom versorgt werden und daher beim Ulnarisrinnen-Syndrom von den Missempfindungen betroffen sind.

Abbildung 2: Bei lange bestehendem Ulnarisrinnen-Syndrom kann es zu einem Muskelschwund der Handmuskulatur kommen. Nicht immer ist dieses Symptom nach einer Operation rückläufig.

Ursache und Risikofaktoren

Verletzungen wie beispielsweise ein Knochenbruch im Bereich des Ellenbogengelenkes, hormonelle Veränderungen (Schwangerschaft, Wechseljahre) oder andere Erkrankungen wie u.a. Rheuma, Schilddrüsenfunktionsstörungen, Diabetes, Übergewicht oder eine chronische Nierenerkrankung können neben einer schweren körperlichen Belastung und häufigem Aufstützen oder Anstoßen des Ellenbogengelenkes weitere Ursachen für ein Ulnarisrinnen-Syndrom sein. Findet sich keine konkrete auslösende Ursache, spricht man von einem "idiopathischen Ulnarisrinnen-Syndrom".

Häufigkeit

Etwa 1% der Bevölkerung haben Symptome eines Ulnarisrinnen-Syndroms. Pro Jahr erkranken etwa 25 von 100.000 Menschen neu. Männer sind etwa doppelt so häufig betroffen wie Frauen. In bis zu 20% der Fälle tritt das Syndrom beidseitig auf.

Neurologische Untersuchungen

Jeder Patient, der den klinischen Verdacht auf ein Ulnarisrinnen-Syndrom hat, sollte einem Facharzt für Neurologie vorgestellt werden. Mit der Elektroneurografie (ENG) wird gemessen, wie schnell der Ellenerv empfangene Reize weiterleitet und auf einen Muskel überträgt. Damit kann das Ausmaß der Nervenschädigung gemessen werden.

Weitere Untersuchungen

Bei Unklarheiten oder um Erkrankungen mit ähnlichen Symptomen (Differentialdiagnosen) auszuschließen, können noch ergänzende Untersuchungen wie ein Ultraschall (Sonografie), ein Röntgen oder eine Magnetresonanztomografie (MRT) durchgeführt werden.

Therapie

In Frühstadien der Erkrankung sollte versucht werden, durch konservative Maßnahmen die Beschwerden zu lindern. Mögliche Maßnahmen, die im individuellen Fall vom Arzt entschieden werden müssen, sind beispielsweise eine nächtliche Ruhigstellung des Ellenbogengelenkes mit einer gepolsterten Schiene, die Verabreichung von Kortison und die körperliche Schonung. Insbesondere die Therapie durch Hand- und Ergotherapeuten bzw. Krankengymnasten zeigt immer wieder gute Erfolge. Entsprechende Rezepte kann der behandelnde Arzt ausstellen.

Zeigen die konservativen Maßnahmen keine Wirkung, muss mit dem Patienten über die Operation gesprochen werden. Diese wird in der Regel in einer Arm- oder Vollnarkose im Rahmen einer ambulanten Operation durchgeführt. In unserer Abteilung wird die offene Operation über einen etwa 3-4 Zentimeter messenden Hautschnitt durchgeführt (Abbildung 3). Auch die endoskopische Operation ist möglich und wird angeboten. Das für die Symptome verantwortliche, einengende Band wird hierbei vom Handchirurgen vorsichtig durchtrennt, der Nerv dargestellt und befreit (dekomprimiert). Ein lockerer Verband sowie die Schonung des Armes für 2-3 Wochen, regelmäßige Wundkontrollen sowie die Entfernung des Nahtmaterials nach 10-14 Tagen folgen. In Abhängigkeit der beruflichen und privaten Belastung der Hand kann eine Wiederaufnahme der Tätigkeiten nach etwa 2-4 Wochen folgen.

Risiken der Operation

Die von uns durchgeführte offene Ulnarisrinnen-Operation ist sehr risikoarm. In sehr seltenen Fällen kommt es zu Wundheilungsstörungen, Infektionen oder Nachblutungen. Eine operationsbedingte Verletzung des Nerven gilt als eine gravierende, dafür aber auch sehr seltene Komplikation dieses Eingriffes. Darüber werden Sie jedoch ausführlich in einem präoperativen Aufklärungsgespräch vom behandelnden Arzt informiert.

Krankheitsverlauf und Prognose

Der Verlauf und die Prognose des Ulnarisrinnen-Syndroms hängen von der Ausprägung der Symptome ab und davon, wie lange diese vor der Operation vorgelegen haben. In der Regel sind alle Symptome reversibel und der Arm wieder voll belastbar. Bestanden die Symptome schon lange Zeit und liegt bereits eine Atrophie der Muskulatur vor, so erholt sich dies in seltenen Fällen nicht immer vollständig.

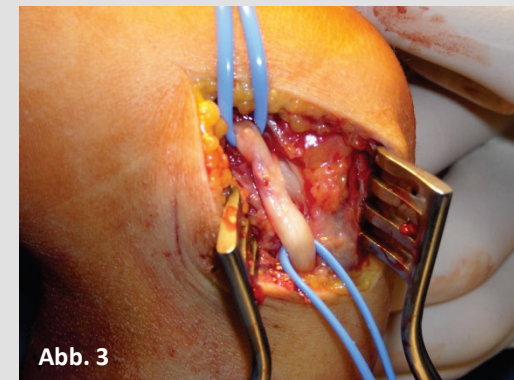


Abbildung 3: Intraoperatives Bild mit Darstellung des Ellenbogens (Nervus ulnaris). Deutlich zu erkennen die sanduhrförmige Veränderung des Nerven als Ursache für die Beschwerden.